



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

PARTE II. INFORMACIÓN ACERCA DE LA PRESENCIA DEL CAUSANTE EN EL SITIO DE LAS COLISIONES DEL 11/9 ENTRE EL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2001 Y EL 30 DE MAYO DE 2002

En esta Parte, por favor identifique las circunstancias y lugares (Sección A) y la hora y plazo correspondientes (Sección B) a la presencia del Causante en el sitio de las colisiones del 11/9, desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002.

Nota: Si la presencia del Causante en el sitio de las colisiones del 11/9 desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002 involucró más de un lugar (por ejemplo, si el Causante era personal de rescate en el World Trade Center (WTC) y además residía en la Zona de Exposición de la Ciudad de Nueva York (*New York City*, NYC), o si el Causante trabajó en dos edificios diferentes dentro de la Zona de Exposición de NYC), por favor complete la Parte II para cada uno de los lugares.

Si Ud. está presentando una copia impresa del formulario de reclamo por favor haga copias de la Parte II del formulario de solicitud y preséntelas.

¿Cuál es la definición de “personal de rescate” a los fines de este formulario de solicitud?

Se define “personal de rescate” como una persona que desarrollaba tareas de rescate, recuperación, demolición, remoción de escombros u otros servicios relacionados en la Zona de Exposición de NYC (definida a continuación), en el sitio del Pentágono o en el sitio de Shanksville, PA en respuesta a los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, independientemente de si la persona era un empleado estadual o federal o un miembro de la Guardia Nacional o si desempeñaba servicios en alguna otra función. Por lo tanto, un Causante se podría considerar personal de rescate si el Causante desempeñaba los servicios enumerados por intermedio de un empleador privado o en forma voluntaria.

¿Cuál es la “Zona de Exposición de NYC” a los fines de este formulario de reclamo?

A los fines de este formulario de solicitud, en la Zona de Exposición de NYC incluye:

- El área de Manhattan al sur de la línea que corre a lo largo de la calle Canal desde el Río Hudson hasta la intersección de la calle Canal y East Broadway, continuando hacia el norte desde East Broadway hasta la calle Clinton, y hacia el este desde la calle Clinton hasta East River; y
- Toda área relacionada o a lo largo de las rutas de remoción de escombros, tal como barcasas y el relleno sanitario Fresh Kills.



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

A. Circunstancias y lugares de presencia en el sitio de las colisiones del 11/9

1. Si el Causante era un personal de rescate dentro de la Zona de Exposición de NYC

Por favor indicar la o las organizaciones del listado que sigue para las que el Causante trabajaba como rescatista.

- Departamento de Bomberos de Nueva York (Fire Department City of New York, FDNY) (Incluye personal de bomberos y emergencias, activo o jubilado)
- Departamento de Policía de la Ciudad de Nueva York (New York Police Department, NYPD) (activo o jubilado)
- Autoridad Portuaria de Nueva York y Policía de Nueva Jersey (Port Authority of New York and New Jersey Police) (activo o jubilado)
- Oficina del Director Forense de la Ciudad de Nueva York
- Port Authority Trans-Hudson Corporation (PATH)
- Morgue de la ciudad de Nueva York. Por favor especificar
- Fuerzas de seguridad del Estado de Nueva York (patrulleros estatales)
- Departamento de Servicios Ambientales del Estado de Nueva York
- Otros organismos del Estado de Nueva York. Por favor especificar
- Autoridad Metropolitana de Transporte (Metropolitan Transport Authority, MTA)
- Departamento de Sanidad de la Ciudad de Nueva York
- Departamento de Diseño y Construcción (Department of Design and Construction, DDC) de la Ciudad de Nueva York
- Otros organismos de la Ciudad de Nueva York. Por favor especificar
- Agencias Policiales Federales (FBI, etc.)
- Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU.
- Contratista del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU. (EE&G)
- Contratista del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU., Phillips and Jordan
- Guardia Costera de los EE.UU.
- Guardia Nacional
- Servicio Secreto
- Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los EE.UU.
- Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)
- Otras agencias federales. Por favor especificar
- Organización voluntaria (incluidos la Cruz Roja y el Ejército de Salvación). Por favor especificar
- Voluntario (no afiliado)
Por favor especificar
- Miembro de sindicato
Por favor especificar sindicato y seccional
- Empresa de servicios públicos (teléfono/gas/cable/agua/energía eléctrica)
- Empresa de construcción (trabajador del acero, ingeniero, transportista, remoción de escombros, remolcador y excavador, demolición, etc.)
Por favor especificar
- Empresa de operación de barcazas. Por favor especificar
- Empresa de camiones. Por favor especificar
- Empresa de recolección de basura. Por favor especificar
- Empresa de mantenimiento. Por favor especificar
- Empresa de control de polvo. Por favor especificar
- Empresa de control de plagas. Por favor especificar
- Clero. Por favor especificar
- Otra. Por favor especificar



September 11th
Victim Compensation Fund

Grid of boxes for identification numbers: [][][] - [][] - [][][][][]
[][][] - [][] - [][][][][]

Número de afección: [][]

Por favor responda las siguientes preguntas.

- ¿Cuándo descubrió el Causante por primera vez esta lesión o afección? [][] / [][] / [][][][] (mm/dd/aaaa)
- ¿Cuándo fue tratado por primera vez el Causante por un profesional médico por esta lesión o afección? [][] / [][] / [][][][] (mm/dd/aaaa)
- ¿Cuándo se le diagnosticó al Causante esta lesión o afección? [][] / [][] / [][][][] (mm/dd/aaaa)
- ¿Fue tratado el Causante por esta lesión o afección en el marco del Programa de Salud del WTC que se inició el 1 de julio de 2011? Sí No

¿Qué es el Programa de Salud del WTC?

El Programa de Salud del WTC, dirigido por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (*National Institute for Occupational Safety and Health*, NIOSH), se estableció conforme a la Sección I de la Ley Zadroga y se inició el 1 de julio de 2011. El Programa de Salud del WTC brinda servicios médicos de diagnóstico y tratamiento a personas elegibles con lesiones o afecciones específicas que se determinó que fueron agravadas, a las que contribuyeron o que fueron provocadas por los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 o los esfuerzos posteriores de remoción de escombros. El Programa de Salud del WTC incluye una red nacional de prestadores de cuidados médicos para las personas elegibles que viven fuera del área metropolitana de Nueva York. A partir del 1 de julio de 2011, el Programa de Salud del WTC se hizo cargo de las funciones y objetivos de dos programas anteriores: el Programa de Monitoreo y Tratamiento Médico del WTC para personal de rescate y trabajadores de recuperación y limpieza que incluía una red nacional de prestadores de cuidados médicos que prestaban servicios al personal de rescate residentes fuera del área metropolitana de Nueva York, y el Programa Comunitario del Centro de Salud Ambiental del WTC para los residentes, estudiantes y otros miembros elegibles de la comunidad. Por favor consulte las instrucciones para obtener mayor información acerca del Programa de Salud del WTC y los dos programas anteriores.

Continúa en la página siguiente



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante											
				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal											

PARTE IV. DECLARACIONES Y CERTIFICACIONES CORRESPONDIENTES AL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD

A. AVISO ACERCA DE LA LEY DE PRIVACIDAD

El Departamento de Justicia de los Estados Unidos está autorizado a reunir esta información conforme al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001, Título IV de la Ley Pública 107-42, la Ley de Seguridad y Estabilización del Sistema de Transporte Aéreo, Código de los Estados Unidos de América (United States Code, U.S.C.) No. 49, nota de la Sección 40101, modificada por la Ley de Salud e Indemnización del 11/9 de James Zadroga de 2010, Título II de la Ley Pública 111-347. La información que presente en su reclamo es para uso oficial del Departamento de Justicia de los Estados Unidos con el fin de determinar su elegibilidad y el monto de la indemnización que puede recibir por su reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas. El proporcionar esta información es voluntario; sin embargo, si no se proporciona información completa es posible que el procesamiento del reclamo sufra demoras o que sea denegado. La información que presente con respecto a su reclamo solamente puede ser difundida por el Gobierno de acuerdo con las disposiciones de la Ley de Privacidad.

Autorizo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a divulgar los registros o la información relacionados con mi reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas con el fin de determinar la calificación y/o indemnización de mi reclamo a: contratistas de la agencia que colaboran en la administración del Fondo de Compensación para las Víctimas; otros organismos federales, estatales o locales, incluidos el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH); y otras personas o entidades que tengan información relacionada con el reclamo, por ejemplo médicos, prestadores de servicios médicos, aseguradores y empleadores.

Firma del Representante personal

/ /

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta

B. PRUEBA DE DESISTIMIENTO DE UNA DEMANDA LEGAL

¿Usted o algún familiar a cargo, cónyuge o beneficiario del Causante ha entablado una demanda legal (o ha sido parte de una demanda legal) por ante un tribunal federal o estadual relacionada o derivada de los daños sufridos como resultado de las colisiones de las aeronaves vinculadas con los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 o por daños y perjuicios como consecuencia o en relación con la remoción de escombros (que no sea una demanda legal para recuperar obligaciones de terceras partes o una demanda legal contra una persona que es un participante consciente de una conspiración para secuestrar una aeronave o cometer un acto terrorista)?

Sí No

- Si la respuesta es afirmativa:

¿La demanda legal fue retirada o desestimada el 2 de enero de 2012 o con anterioridad? Sí No

¿La demanda legal fue resuelta el 2 de enero de 2011 o con anterioridad? Sí No

¿La demanda legal fue resuelta parcialmente el 2 de enero de 2011 o con anterioridad?

Sí No No sabe

Si la respuesta es afirmativa:

¿La parte de la demanda legal que no estaba resuelta el 2 de enero de 2011 o con anterioridad, fue desestimada el 2 de enero de 2012 o con anterioridad? Sí No

Escriba sus iniciales aquí: _____



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

Nº de SSN o de Documento Nacional de		Identidad del Reclamante							
Nº de SSN o de Documento Nacional de		Identidad del							
Representante Personal									

C. RATIFICACIÓN DE LA RENUNCIA DE DERECHOS

Por el presente ratifico que mediante la presentación de un Formulario de elegibilidad sustancialmente completo, renuncio al derecho a entablar una demanda legal (o ser parte de una demanda legal) por ante cualquier tribunal federal o estadual en relación con o como consecuencia de los daños sufridos como resultado de las colisiones de las aeronaves vinculadas con los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 o por daños y perjuicios como consecuencia o en relación con la remoción de escombros.

Por favor, observe que esta Renuncia de derechos podría aplicarse a los derechos de personas diferentes del Representante personal. Esta renuncia no se aplica a las acciones legales para recuperar las obligaciones de terceras partes o a una demanda legal contra una persona que es un participante consciente en una conspiración para secuestrar una aeronave o cometer un acto terrorista.

Firma del Representante personal

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta

D. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a obtener toda la información relacionada con mi reclamo conforme al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001 (Fondo de Compensación para las Víctimas o VCF (Victim Compensation Fund)) con el fin de evaluar mi reclamo de indemnización al VCP solicitándola a personas, empleadores, hospitales, prestadores de servicios médicos, otros organismos federales, estatales o locales, incluida la Administración de Seguridad Social y el Servicio de la Renta Interna (Internal Revenue Service), el Programa de Salud del World Trade Center (World Trade Center Health Program, WTCHP), el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH), los Centros Clínicos de Excelencia del WTCHP, la Red nacional de proveedores de atención médica del WTCHP, el Departamento de Bomberos de Nueva York, el Departamento de Policía de la Ciudad de Nueva York, la Oficina de Administración de Nómina Salarial de Nueva York, el Sistema de jubilación de empleados de la Ciudad de Nueva York, el Sistema de jubilación de los docentes de la Ciudad de Nueva York, el Fondo de Pensión de la Policía de la Ciudad de Nueva York, el Fondo de Pensión del Departamento de Bomberos de Nueva York, el Sistema de Jubilación de la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York, la Junta de Indemnización de Trabajadores del Estado de Nueva York, el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Estado de Nueva Jersey, División de Indemnización de Trabajadores, el Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut, Oficina de Servicios de Rehabilitación (anteriormente la Comisión de Indemnización de Trabajadores del Estado de Connecticut), la Autoridad Portuaria de Nueva York y Nueva Jersey, la Oficina del Director Forense de la Ciudad de Nueva York, la Corporación de Salud y Hospitales de la Ciudad de Nueva York, Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid, WTC Captive Insurance Company, Inc., el Tercero Neutral para la Resolución de Litigios vinculados con el World Trade Center u otras fuentes que tengan información en relación con mi reclamo. Esta información puede incluir, por ejemplo, información médica, gubernamental y financiera (incluidos los registros de pensión, archivos de pensión o información de pensión) sobre mí o el Causante a quien represento. La información médica solicitada puede constar de todos los registros médicos del Causante, que pueden incluir información de solicitud o inscripción, información de elegibilidad, registros de reclamos, estado de reclamos, registros médicos de pacientes, historias clínicas de pacientes, notas de consultorios (con excepción de las notas de psicoterapia), resultados de estudios, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados por otros prestadores de atención médica. La divulgación solicitada incluirá información que tiene el carácter de confidencial. Si los registros incluyen reclamos u otra información relacionada con enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento, incluido el abuso de alcohol o sustancias, enfermedades contagiosas, incluido el VIH/SIDA y/o información de marcadores genéticos, estos registros se incluirán en la información puesta a disposición del Fondo de Compensación para las Víctimas.



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

D. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

Reconozco que la firma de esta Autorización es voluntaria y que los médicos y prestadores de servicios médicos del Causante y cualquier otra entidad que se encuentre en posesión de información de salud del Causante no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme esta Autorización. Sin embargo, es posible que el VCF no pueda evaluar mi reclamo si no autorizo la divulgación de los registros médicos del Causante.

Reconozco asimismo que los prestadores de atención médica están obligados por la Norma de Privacidad conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) a proteger la información de salud del Causante. Cuando proporcionen la información al VCF, esta no estará protegida por esa misma Norma de privacidad. Sin embargo, el VCF, el Departamento de Justicia (Department of Justice, DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) continuarán protegiendo la confidencialidad de los registros médicos del Causante en la medida que se les permite hacerlo de acuerdo con otra ley federal, la Ley de Privacidad. El VCF no revelará información de salud del Causante que sea identificable que haya recibido como resultado de esta Autorización sin mi consentimiento escrito excepto cuando la ley así lo autorice.

Autorizo asimismo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a difundir los registros o la información relacionada con mi reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas con el fin de determinar la calificación y/o la indemnización de mi reclamo a: contratistas del organismo que colaboran en la administración del Fondo de Compensación para las Víctimas; otros organismos federales, estatales o locales, incluido el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) y otras personas o entidades que tengan información relacionada con el reclamo, por ejemplo médicos, prestadores de servicios médicos, aseguradores y empleadores.

Autorizo asimismo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a publicar el nombre del Representante personal que presenta un reclamo y el nombre del Causante para quien se solicita una indemnización.

Autorizo asimismo la divulgación de información relacionada con mi reclamo, cuando dicha información indique una violación o posible violación de la ley, incluida la presentación de reclamos fraudulentos, a una autoridad de orden público civil o penal u otro organismo competente responsable de investigar o procesar tal violación.

Autorizo asimismo a las personas, entidades y organismos federales, estatales y locales, incluidos el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) y el Programa de Salud del World Trade Center (World Trade Center Health Program, WTCHP) que tienen información pertinente a mi reclamo, a difundir dicha información a un representante debidamente acreditado del Departamento de Justicia de los Estados Unidos durante la revisión de mi reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas, sin perjuicio de cualquier acuerdo previo en contrario. Las copias de esta autorización que muestran mi firma son tan válidas como la autorización original firmada por mí. Ratifico que tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el VCF y las entidades antes enumeradas ya hayan actuado de acuerdo con esta Autorización. Entiendo que para revocar esta autorización debo escribir al VCF a September 11th Victim Compensation Fund, P.O. Box 34500, Washington, D.C. 20043. Reconozco que esta autorización es válida durante seis (6) años a partir de la fecha en que se firme o cuando la extinga por escrito, lo que suceda en primer lugar.

Certifico que soy la persona nombrada a continuación (Representante personal que efectúa un reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas en nombre del Causante) y autorizo la divulgación de la información antes mencionada. Entiendo que el uso consciente e intencional de datos falsos para solicitar u obtener un registro perteneciente a una persona es un delito penal sujeto a una multa de US\$ 5.000.

Al colocar mis iniciales, ratifico que la información antes descrita podría incluir información de salud mental y autorizo la divulgación de dicha información. _____

Firma del Representante personal

//

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante											
				-			-				
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal											

E. RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL REPRESENTANTE PERSONAL DEL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ABOGADO DE LA LIMITACIÓN DE SUS HONORARIOS

Si un abogado ha prestado servicios en relación con este reclamo, el Representante personal debe firmar y fechar la siguiente ratificación:

Por la presente certifico que he leído y comprendo las disposiciones que rigen la limitación de los honorarios del abogado según lo indicado en las Instrucciones de este formulario de reclamo que, en general, y con excepciones limitadas, establecen que mi abogado, no obstante un contrato, **no puede cobrarme más del diez por ciento (10%) de todo laudo que pueda pagarse por mi reclamo** y que no se me pueden cobrar los gastos incurridos por mi abogado en relación con mi reclamo, salvo aquellos distintos de los que se incurren rutinariamente, a menos que hayan sido aprobados por la Auxiliar Judicial.

Firma del Representante personal

				/			/				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Firma del Representante personal

Nombre en letra de imprenta

F. AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN Y CORRESPONDENCIA CON EL ABOGADO

Si un abogado u otra persona autorizada están colaborando con el Representante personal en este reclamo y el Representante personal desea autorizar al Fondo de Compensación para las Víctimas para que se comunique con dicha persona, por favor firme y feche la siguiente autorización.

Indique Si desea recibir una copia de toda la correspondencia del VCF con relación a su **aquí** reclamo. Observe que si **no** marca esta casilla, el VCF **no** estará autorizado a comunicarse con usted directamente en relación con su reclamo.

Autorizo a la Auxiliar Judicial, las personas designadas por la Auxiliar Judicial, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos o los contratistas del organismo que colaboren en la administración del Fondo de Compensación para las Víctimas para que se comuniquen con mi abogado u otras personas autorizadas a actuar en mi nombre (si se las identificó en la Parte I.C.) si la Auxiliar Judicial necesitara información o aclaraciones adicionales sobre mi reclamo.

Firma del Representante personal

				/			/				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

N° de SSN o de Documento Nacional de				Identidad del Reclamante					
N° de SSN o de Documento Nacional de				Identidad del Representante Personal					

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros médicos

Instrucciones para el Representante personal: por favor, indique en la Sección 1 todos los médicos y prestadores de atención médica que participaron en el diagnóstico y tratamiento de su lesión, así como también otras entidades (por ejemplo, compañías de seguros, programas de seguro por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, programas de pensión) que puedan tener información médica. Por favor, haga copias de este anexo y complételas si necesita enumerar más de cuatro prestadores de atención médica u otras entidades. A continuación, por favor escriba su nombre en letra de imprenta y dirección y firme en el lugar provisto en la Sección 2.

Al firmar este documento, estará otorgando autorización a los médicos, prestadores de atención médica del Causante u otras entidades indicadas a continuación para revelar su información de salud al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre (Victim Compensation Fund, VCF), el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (Department of Justice, DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) con el fin de evaluar su reclamo de indemnización al VCF.

Nótese que puede revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el VCF y las entidades antes enumeradas ya hayan actuado en función de esta Autorización. Para revocar esta autorización debe escribirles a los prestadores o entidades enumeradas a continuación y al VCF a la dirección indicada más abajo. Esta autorización es válida por seis (6) años a partir de la fecha en que sea firmada o cuando la extinga por escrito, lo que suceda en primer lugar.

Los prestadores del Causante y otras entidades determinadas están obligados por la Norma de Privacidad conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) a proteger su información de salud. Cuando proporcionen la información al VCF, ésta no estará protegida por esa misma Norma de privacidad. Sin embargo, el VCF, el Departamento de Justicia (DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) continuarán protegiendo la confidencialidad de sus registros médicos en la medida que se les permite hacerlo de acuerdo con otra ley federal, la Ley de Privacidad. El VCF no revelará información de su salud que sea identificable que haya recibido como resultado de esta Autorización sin su consentimiento escrito excepto cuando la ley lo autorice.

La información que se le divulgará al Fondo de Compensación para las Víctimas incluye, por ejemplo, información de solicitud o inscripción, información de elegibilidad, registros de reclamos, estado de reclamos, registros y legajos de pensiones, registros médicos de pacientes íntegros, historias clínicas de pacientes, notas de consultorios (con excepción de las notas de psicoterapia), resultados de estudios, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados sus médicos y prestadores de atención médica por otros prestadores de atención médica.

La divulgación solicitada incluirá información que tiene el carácter confidencial. Si los registros incluyen reclamos u otra información relacionada con enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento, incluido el abuso de alcohol o sustancias, enfermedades contagiosas, incluido el VIH/SIDA y/o información de marcadores genéticos, estos registros estarán incluidos en la información puesta a disposición del VCF.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Sin embargo, si se niega a firmar esta autorización, el VCF no podrá procesar su reclamo de indemnización.



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros médicos

Al colocar mis iniciales, ratifico que la información anteriormente descrita puede incluir información sobre salud mental y autorizo la divulgación de dicha información _____.

Por el presente autorizo a la persona, asegurador u otra entidad indicada a continuación a difundir información confidencial sobre el Causante mencionado más abajo al VCF, el Departamento de Justicia (DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH):

Sección 1: Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de médicos, prestadores de atención médica u otras entidades.

Médico/Otra Entidad o Programa:

Nombre del Médico/Prestador/Entidad					
Dirección del Médico/Prestador/Entidad					
Dirección del Médico/Prestador/Entidad continuación					
N° de Suite	Ciudad				
Estado/Provincia	Zip/Código Postal	()	-		
		N° de teléfono			
Dirección de correo electrónico					

Médico/Otra Entidad o Programa:

Doctor/Provider/Entity Name					
Dirección del Médico/Prestador/Entidad					
Dirección del Médico/Prestador/Entidad continuación					
N° de Suite	Ciudad				
Estado/Provincia	Zip/Código Postal	()	-		
		N° de teléfono			
Dirección de correo electrónico					



September 11th
Victim Compensation Fund

						-			-						
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante															
						-			-						
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal															

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros médicos

Por el presente autorizo a la persona, asegurador u otra entidad indicada a continuación a difundir información confidencial sobre el Causante mencionado más abajo al VCF, el Departamento de Justicia (DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH):

Sección 1: Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de médicos, prestadores de atención médica u otras entidades (continuación).

Médico/Otra Entidad o Programa:

Nombre																																							
Dirección																																							
Dirección continuación																																							
Nº de Suite					Ciudad										()										-														
Estado/Provincia										Zip/Código Postal										Nº de teléfono																			
Dirección de correo electrónico																																							

Médico/Otra Entidad o Programa:

Nombre																																		
Dirección																																		
Dirección continuación																																		
Nº de Suite					Ciudad										()										-									
Estado/Provincia										Zip/Código Postal										Nº de teléfono														
Dirección de correo electrónico																																		

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de				Identidad del Reclamante							
				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de				Identidad del				Representante Personal			

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros médicos

Sección 2: Información del Causante.

Apellido del Causante

Fecha de nacimiento del Causante
(mm/dd/aaaa)

Nombre

Segundo nombre

Nº de seguro social o de documento nacional de identidad del Causante

Dirección

Dirección continuación

Ciudad

Estado/Provincia

Zip/Código Postal

Sección 3: Información y firma del Representante personal

Esta información se enviará a:

The September 11th Victim Compensation Fund
P.O. Box 34500
Washington, DC 20043

Certifico que soy la persona nombrada a continuación (Representante personal que hace un reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas en nombre del Causante) y autorizo la divulgación de la información antes mencionada. Entiendo que el uso consciente e intencional de datos falsos para solicitar u obtener un registro perteneciente a una persona es un delito penal sujeto a una multa de US\$ 5.000.

Firma del Representante personal

Fecha (mm/dd/aaaa)



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante									
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal									

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B1 del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

Autorización para la divulgación de información de pensión y médica que sean o no sean entidades HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N° de seguro social
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se difunda información de pensión y salud según lo establecido en este formulario:
 De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, con excepción de las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente en el Punto 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y yo coloque mis iniciales en la línea del recuadro del Punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicadas en el Punto 8.
2. En caso de que autorice la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción o tratamiento de salud mental, se prohíbe al destinatario volver a difundir dicha información sin mi autorización a menos que le esté permitido hacerlo conforme a la ley federal o estadual. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, escribiéndole al prestador de salud, fondo de pensión u otra entidad indicada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de la misma.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi firma de esta autorización.
5. El destinatario podría difundir la información recibida conforme a esta autorización (excepto según lo indicado anteriormente en el Punto 2) y esta nueva divulgación podría no estar protegida por la ley federal o estadual.
- 6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O PENSIÓN CON NINGUNA OTRA PERSONA DIFERENTE DEL ABOGADO O EL ORGANISMO GUBERNAMENTAL ESPECIFICADOS EN EL PUNTO 9 (b).**



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001

**Anexo B1 del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York**

**Autorización para la divulgación de información de pensión y médica que sean o no sean
entidades HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA)
(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

7. Nombre y dirección del prestador de atención de salud, fondo de pensión u otra entidad que difundirá esta información:

Indique todos los que correspondan.

- Oficina de Administración de Nómina Salarial de Nueva York
(*New York Office of Payroll Administration, OPA*)
Room 200N
One Centre Street
New York, NY 10007
- Fondo de Pensión de la Policía de la Ciudad de Nueva York
(*New York City Police Pension Fund, POLICE*)
233 Broadway, 19th Floor
New York, NY 10279
- Fondo de Pensión del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York
(*New York Fire Department Pension Fund, FIRE*)
9 MetroTech Center
Brooklyn, NY 11201
- Sistema de Retiro de los Empleados de la Ciudad de Nueva York
(*New York City Employees' Retirement System, NYCERS*)
335 Adams Street, Suite 2300
Brooklyn, NY 11201-3724
- Sistema de Retiro de los Docentes de la Ciudad de Nueva York
(*Teachers' Retirement System of the City of New York, TRS*)
55 Water Street
New York, NY 10041
- Sistema de Retiro de la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York
(*New York City Board of Education Retirement System, BERS*)
65 Court Street, 16th Floor
Brooklyn, NY 11201-4965

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se enviará esta información:

The September 11th Victim Compensation Fund of 2001
P.O. Box 34500
Washington, DC 20043

The United States Department of Justice
950 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20530



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

[] [] [] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] [] [] [] [] []
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
[] [] [] []	-	[] [] [] []	-	[] [] [] [] [] [] [] []
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B1 del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

Autorización para la divulgación de información de pensión y médica que sean o no sean entidades HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

<p>9(a). Información específica a ser difundida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Legajo completo de pensión, que incluye, por ejemplo: Información con respecto al tipo de pensión otorgada (retiro por discapacidad accidental (Advanced Disability Retirement, ADR), retiro por discapacidad ordinaria (Ordinary Disability Retirement, ODR) o servicio), el monto y si el beneficio se otorgó o no conforme a la Ley de Discapacidad del WTC <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"><i>Incluya: (indique colocando sus iniciales)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> _____ Tratamiento por alcoholismo/drogadicción _____ Información de salud mental _____ Información relacionada con VIH 	
<p>Autorización para discutir información de salud o pensión</p> <p>9(b). ● Al colocar mis iniciales aquí _____, autorizo a (Iniciales)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(Nombre del prestador de atención médica individual, fondo de pensión u otra entidad)</p> <p>a discutir mi información de salud o pensión con mi abogado, o un organismo gubernamental, aquí indicados:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre y el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (Abogado/Nombre de la firma o nombre del organismo gubernamental)</p>	
<p>10. Motivo para difundir la información:</p> <p><input type="radio"/> A solicitud de la persona</p> <p><input checked="" type="radio"/> Otro: Para evaluar mi solicitud de indemnización al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre</p>	<p>11. Fecha o evento de caducidad de esta autorización:</p> <p>Seis (6) años a partir de la fecha de la firma o en el momento de mi extinción por escrito</p>
<p>12. Si no es el reclamante, nombre de la persona que firma el formulario:</p> <p>_____</p>	<p>13. Autorización para firmar en nombre del reclamante:</p> <p>_____</p>

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Asimismo, se me ha entregado una copia del formulario.

Firma del solicitante o representante autorizado por ley

Fecha: _____

* Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pudiera identificar razonablemente a alguien que tiene síntomas o infección por VIH y la información con respecto a los contactos de una persona.



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante		
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal		

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001

**Anexo B2 del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York**

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N° de seguro social
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se difunda información de pensión y salud según lo establecido en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, con excepción de las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** únicamente si coloco mis iniciales en la línea correspondiente en el Punto 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y yo haya puesto mis iniciales en la línea en el recuadro en el Punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicadas en el Punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción o tratamiento de salud mental, se prohíbe al destinatario que vuelva a difundir dicha información sin mi autorización a menos que le esté permitido hacerlo conforme a la ley federal o estadual. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la divulgación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.

3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, escribiéndole al prestador de atención de salud, fondo de pensión u otra entidad indicada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de la misma.

4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.

5. El destinatario podría volver a difundir la información conforme a esta autorización (excepto por lo indicado anteriormente en el Punto 2) y esta nueva divulgación podría no estar protegida por la ley federal o estadual.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NINGUNA OTRA PERSONA SALVO EL ABOGADO O EL ORGANISMO GUBERNAMENTAL ESPECIFICADOS EN EL PUNTO 9 (b).



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001

**Anexo B2 del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York**

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD CONFORME A LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

9(a). Información específica a ser divulgada:

Registro médico desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____

Registro médico completo, que incluye historias clínicas de pacientes, notas de consultorio (con excepción de las notas de psicoterapia), resultados de estudios, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros que le fueron enviados por otros prestadores de atención médica

Incluya: (*indique colocando sus iniciales*)

_____ Tratamiento por alcoholismo/drogadicción

_____ Información de salud mental

_____ Información relacionada con VIH

Otra _____

Autorización para examinar información de salud

9(b). Al inicialar aquí _____, autorizo a _____ (Initials)

_____ (Nombre del prestador de atención médica individual)

a examinar mi información de salud con mi abogado, o un organismo gubernamental, aquí indicados:

el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre y el Departamento de Justicia de los Estados Unidos
(Abogado/Nombre de la firma o nombre del organismo gubernamental)

<p>10. Motivo para difundir la información:</p> <p><input type="radio"/> At request of individual</p> <p><input checked="" type="radio"/> Other: To evaluate my claim for compensation with the September 11th Victim Compensation Fund</p>	<p>11. Fecha o evento de caducidad de esta autorización:</p> <p>Seis (6) años a partir de la fecha de la firma o en el momento de mi extinción por escrito</p>
<p>12. Si no es el reclamante, nombre de la persona que firma el formulario:</p> <p>_____</p>	<p>13. Autorización para firmar en nombre del reclamante:</p> <p>_____</p>

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Asimismo, se me ha entregado una copia del formulario.

Fecha: _____

Firma del paciente o representante autorizado por ley _____

* Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pudiera identificar razonablemente a alguien que tiene síntomas o infección por VIH y la información con respecto a los contactos de una persona.



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo C del Formulario de elegibilidad para personas difuntas

Certificación del abogado del cumplimiento de la disposición sobre la limitación de honorarios del abogado
(Sección 104.81)

Si el Representante personal ha sido representado por un abogado por servicios prestados en relación con este reclamo, **el abogado del Representante personal debe completar la siguiente certificación:**

Por el presente certifico que:

(1) El monto que he cobrado o cobraré por los servicios que he prestado en relación con este reclamo, incluidos los gastos incurridos rutinariamente en la prestación de servicios legales, no supera el 10 por ciento de un laudo que pueda pagarse por este reclamo; **Y**

(2) No he cobrado ni cobraré gastos incurridos en relación con este reclamo que no se incurran rutinariamente en la prestación de servicios legales, a menos que la Auxiliar Judicial haya aprobado dichos gastos; **Y**

(3) Una de las siguientes afirmaciones es valedera con respecto a una acción civil entablada por o en nombre del Causante en relación con los daños y perjuicios sufridos como resultado de las colisiones de las aeronaves relacionadas con los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 o por daños y perjuicios como consecuencia o en relación con la remoción de escombros (excluidas las demandas civiles para recuperar obligaciones de terceros o contra una persona que es un participante consciente de una conspiración para secuestrar una aeronave o cometer un acto terrorista) entablada con posterioridad al 22 de diciembre de 2003 en la que se renunció a todos los reclamos incluidos en dicha acción con anterioridad al 2 de enero de 2011:

- No cobré un honorario legal en relación con una resolución del (de los) reclamo(s) de este Causante en dicha acción; **O**
- Cobré un honorario legal en relación con una resolución del (de los) reclamo(s) de este Causante en dicha acción que fue del 10 por ciento o más del monto total de la indemnización otorgada a través de dicha resolución y no he cobrado ni cobraré por los servicios prestados en relación con este reclamo al VCF; **O**
- Cobré un honorario legal en relación con una resolución del (de los) reclamo(s) de este Causante en dicha acción que fue de menos del 10 por ciento del monto total de la indemnización otorgada a través de dicha resolución y el monto que he cobrado o cobraré por los servicios que he prestado en relación con este reclamo al VCF no supera la diferencia entre el 10 por ciento de dicho monto total y el monto total de todos los honorarios legales que cobré por los servicios prestados en relación con dicha resolución.

Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es veraz y correcto.

Otorgado a los días del mes de , 201 .

Firma del abogado

Nombre del abogado

Empresa/dirección del abogado

Empresa/dirección del abogado continuación



September 11th
Victim Compensation Fund

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo E del Formulario de elegibilidad para personas difuntas
Aviso de presentación del reclamo

Instrucciones para el Representante personal del Causante:

- Complete una copia separada de esta página para cada persona a quien debe proporcionarle un Aviso de presentación.
- En cada copia, complete el nombre y la dirección de la persona a quien proporciona el Aviso e incluya el nombre del Causante en los espacios proporcionados a continuación según se indica.
- Entregue cada Aviso en persona o por correo certificado, con acuse de recibo.
- *Debe entregar una copia de este documento a las siguientes personas:*
 - La familia directa del Causante (que incluye, por ejemplo, el cónyuge, ex-cónyuge(s), hijos, otros familiares a cargo, hermanos y padres)
 - El albacea o administrador y beneficiarios de la sucesión y las pólizas de seguro de vida del Causante.
 - Cualquier otra persona que se prevea razonablemente que hará valer un interés en un otorgamiento o tendrá una causa o demanda para recuperar daños y perjuicios relacionados con la muerte del causante causada por la negligencia de otro.

A: NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

Las normas que rigen el Fondo de Compensación para las Víctimas establecen que puede presentarse solamente un reclamo en relación con el fallecimiento de un Causante y que el reclamo debe ser presentado por el Representante personal del Causante. Las normas también establecen que el otorgamiento del Fondo de Compensación para las Víctimas será pagado al Representante personal y que el Representante personal debe distribuir el otorgamiento entre los beneficiarios del Causante de acuerdo con las leyes del domicilio del Causante.

Se le ha notificado que se está presentando un reclamo en nombre de _____
(insertar el nombre del Causante)

porque el Representante personal está obligado a notificar sobre la presentación del reclamo a la familia directa, el albacea, el administrador del Causante y los beneficiarios de la sucesión y pólizas de seguro de vida del Causante y a otras personas que pudieran tener razonablemente una participación en un monto otorgado por el Fondo de Compensación para las Víctimas.

Las normas que rigen la presentación de reclamos al Fondo de Compensación de las Víctimas exigen que el Representante personal renuncie a todos los derechos a presentar una demanda legal por daños sufridos como resultado de las colisiones de las aeronaves relacionadas con los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 o la remoción de escombros. Esta renuncia podría afectar los derechos de otros, incluido usted, a presentar dichas demandas legales.

Usted no está obligado a tomar ninguna medida en relación con este aviso. Sin embargo, cualquier objeción a la presentación del reclamo debe efectuarse dentro de los 30 días posteriores a la presentación del mismo, lo que podría ser tan solo 30 días a partir de la fecha en la que se le envió por correo o se le proporcionó este aviso por otros medios.

Si desea conocer más sobre el Fondo de Compensación para las Víctimas, llame al 1-855-885-1555; dispositivos de telecomunicación para sordos (TDD): 1-855-885-1558; desde afuera de los EE.UU.: 1-202-353-0356. También puede obtenerse información por el Internet al www.vcf.gov



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante											
				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal											

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo F - Lista de personas a quienes se notificó acerca de la presentación del reclamo

Por el presente certifico que he proporcionado el Aviso de presentación del reclamo a todas las personas indicadas a continuación ya sea mediante entrega personal o por correo certificado, con acuse de recibo, y no tengo conocimiento de ninguna otra persona a quien deba proporcionarse dicho aviso.

Firma del Representante personal

/
 /

Fecha (mm/dd/aaaa)

Relación con el Causante

Madre:

Apellido

/
 /

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Nombre

Segundo nombre

-
 -

Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal

Dirección postal

Dirección postal continuación

)
 -

Nº de teléfono

Entrega en mano

/
 /

Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)

Correo certificado con acuse de recibo

/
 /

Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)

Padre:

Apellido

/
 /

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Nombre

Segundo nombre

-
 -

Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal

Dirección postal

Dirección postal continuación

)
 -

Nº de teléfono

Entrega en mano

/
 /

Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)

Correo certificado con acuse de recibo

/
 /

Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante											
				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal											

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo F - Lista de personas a quienes se notificó acerca de la presentación del reclamo

Cónyuge:

														/			/						
Apellido												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)											
														-			-						
Nombre				Segundo nombre				Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal															
Dirección postal																							
Dirección postal continuación																							
()				-															
Telephone Number												<input type="radio"/> Entrega en mano				/			/				
												<input type="radio"/> Correo certificado con acuse de recibo		Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)									
																/			/				
														Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)									

Ex-cónyuge:

														/			/						
Apellido												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)											
														-			-						
Nombre				Segundo nombre				Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal															
Dirección postal																							
Dirección postal continuación																							
()				-															
Nº de teléfono												<input type="radio"/> Entrega en mano				/			/				
												<input type="radio"/> Correo certificado con acuse de recibo		Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)									
																/			/				
														Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)									

Hermano/a:

														/			/						
Apellido												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)											
														-			-						
Nombre				Segundo nombre				Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal															
Dirección postal																							
Dirección postal continuación																							
()				-															
Nº de teléfono												<input type="radio"/> Entrega en mano				/			/				
												<input type="radio"/> Correo certificado con acuse de recibo		Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)									
																/			/				
														Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)									



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante											
				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal											

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo F - Lista de personas a quienes se notificó acerca de la presentación del reclamo

Hermano/a:

														/			/					
Apellido												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)										
														-			-					
Nombre						Segundo nombre						Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal										
Dirección postal																						
Dirección postal continuación																						
				()			-						/			/		
Nº de teléfono												Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)										
												Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)										

- Entrega en mano
- Correo certificado con acuse de recibo

Hijo/a:

														/			/					
Apellido												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)										
														-			-					
Nombre						Segundo nombre						Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal										
Dirección postal																						
Dirección postal continuación																						
				()			-						/			/		
Nº de teléfono												Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)										
												Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)										

- Entrega en mano
- Correo certificado con acuse de recibo

Hijo/a:

														/			/					
Apellido												Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)										
														-			-					
Nombre						Segundo nombre						Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal										
Dirección postal																						
Dirección postal continuación																						
				()			-						/			/		
Nº de teléfono												Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)										
												Fecha de entrega (mm/dd/aaaa)										

- Entrega en mano
- Correo certificado con acuse de recibo



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante			-			N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante			-			N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal		

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - PERSONAS DIFUNTAS

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Parte II. Información acerca de la presencia del Causante en el sitio del ataque del 11/9 entre el 11 de septiembre de 2001 y el 30 de mayo de 2002</p> <p>Por favor presente prueba escrita que demuestre que el Causante estaba presente en el lugar. Algunos ejemplos de pruebas aceptables incluyen:</p> <p>Personal de Rescate</p> <p>Registros de empleadores que confirman el empleo en una organización o entidad que fue responsable de rescate y recuperación, limpieza, transporte de escombros y que confirman que el Solicitante estaba presente en el sitio, incluido un listado oficial del personal, credenciales del lugar o un talón de pago; O</p> <p>Documentación contemporánea de presencia, por ejemplo órdenes, instrucciones, confirmación de tareas realizadas, registros médicos contemporáneos o registros contemporáneos del gobierno federal, estadual, de la ciudad o local.</p> <p>Presencia reclamada en función de la residencia</p> <p>Prueba de residencia en el área durante el período de tiempo pertinente, por ejemplo (i) recibos de alquileres, recibos de hipotecas, o facturas de servicios públicos y (iii) prueba de que el Causante estuvo físicamente presente en la residencia en algún momento entre el 11 de septiembre de 2001 y el 30 de mayo de 2002, lo que podría incluir por lo menos dos (2) declaraciones juradas y protocolizadas (o declaraciones no juradas que cumplan con el Código de los Estados Unidos de América (United States Code, U.S.C.) No. 28, Sección 1746) de cohabitantes, arrendadores, porteros o vecinos.</p> <p>Presencia reclamada por trabajo diferente del personal de rescate en la Zona de Exposición de NYC o en el Pentágono</p> <p>Registros de empleo que documentan el empleo y la presencia en la Zona de Exposición de NYC o en el Pentágono; O</p> <p>Documentación contemporánea de presencia, por ejemplo registros médicos contemporáneos o registros contemporáneos del gobierno federal, estadual, de la ciudad o local.</p> <p>Presencia reclamada por asistencia a establecimiento educativo/establecimiento de cuidado</p> <p>Registros escolares o de establecimiento de cuidado que confirma la inscripción/asistencia durante el período.</p> <p>Presencia en la Zona de Exposición de NYC en algún otro carácter (por ej. como visitante)</p> <p>Documentación contemporánea de presencia, por ej. registros médicos contemporáneos o registros contemporáneos del gobierno federal, estadual, de la ciudad o local.</p> <p>Nota: Por lo menos dos (2) declaraciones juradas y protocolizadas (o declaraciones no juradas que cumplan con el Código de los Estados Unidos de América (United States Code, U.S.C.) No. 28, Sección 1746) referidas a la presencia del Causante de personas que puedan confirmar la presencia del Causante en un sitio de colisión del 11/9 servirán como prueba aceptable solamente si no se dispone de otras formas de prueba oficiales o "principales" (por ejemplo aquellas indicadas anteriormente) y el Fondo determina que dichas declaraciones son suficientemente confiables.</p>	○	○	



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante					
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal					

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - PERSONAS DIFUNTAS

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Parte IV. Declaraciones y certificaciones</p> <p>Por favor, imprima la Parte IV y los Anexos A-F del formulario de reclamo, firme donde corresponda y envíe por correo todas las páginas de la Parte (incluidas las páginas que no necesita firmar) al VCF a September 11th Victim Compensation Fund; P.O. Box 34500; Washington, DC 20043. Debe enviar por correo todas las páginas con su firma original (no copias), pero debe conservar una copia para sus propios registros. Si fuese posible, suba también copias electrónicas de las páginas firmadas para que el VCF pueda comenzar a procesar su reclamo.</p> <p>Parte IV. A: Aviso acerca de la Ley de Privacidad Por favor, firme esta sección.</p> <p>Parte IV. B: Certificación de desestimación de demanda legal Escriba sus iniciales en el espacio correspondiente.</p> <p>Parte IV. C: Ratificación de la renuncia de derechos Firme esta sección.</p> <p>Parte IV. D: Autorización para la divulgación de información Firme esta sección.</p> <p>Parte IV. E: Ratificación del solicitante acerca del cumplimiento por parte del abogado de la limitación de sus honorarios (si corresponde) Complete esta sección únicamente si un abogado prestó servicios legales en relación con este reclamo.</p> <p>Parte IV. F: Autorización para comunicación y correspondencia (si corresponde) Complete esta sección solo si un abogado u otra persona identificada en la Parte I.C. colaboran en la presentación de este reclamo y desea que el VCF se comuniquen con esta persona en relación con su reclamo.</p> <p>Parte IV. G: Certificación de exactitud de la información Por favor firme esta sección.</p> <p>Anexos A-F</p> <p>Anexo A: Autorización para la divulgación de registros médicos</p> <p>Por favor identifique a todos los médicos y prestadores de atención médica que participaron en el diagnóstico y tratamiento de la lesión del Causante, así como también cualquier otra entidad (por ej. compañías de seguros, programas de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, programas de pensión) que puedan tener información médica pertinente a este reclamo.</p> <p>Luego complete su propia información de contacto y firme y feche la página de firmas.</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante				
	-		-	
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Representante Personal				

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - PERSONAS DIFUNTAS

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Anexos A-F (continuación)</p> <p>Anexo B1: Autorización para la divulgación de registros de pensión e información de salud por parte de personas y entidades de Nueva York (si corresponde)</p> <p>Debe completar este anexo si uno de los siguientes fondos de pensión de Nueva York ha otorgado una pensión al Causante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondo de Pensión de la Policía de la Ciudad de Nueva York (POLICE) • Fondo de Pensión del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York (FIRE) • Sistema de Retiro de Empleados de la Ciudad de Nueva York (NYCER) • Sistema de Retiro de los Docentes de la Ciudad de Nueva York (TRS) • Sistema de Retiro de la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (BERS) <p>Para completar este anexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marque el recuadro correspondiente en la Pregunta N.º 7 • Marque el recuadro "Otros" en la Pregunta N.º 9(a) • En la Pregunta N.º 9(b), coloque sus iniciales en el lugar correspondiente y escriba el nombre de la pensión • Complete la Pregunta N.º 12 y la Pregunta N.º 13 • Firme y feche el formulario <p>Anexo B2: Autorización para la divulgación de información de salud por parte de personas y entidades de Nueva York (si corresponde)</p> <p>Debe completar una copia de este anexo para cualquier prestador médico que haya identificado en el Anexo A que se encuentre ubicado en el estado de Nueva York. También debe completar una copia de este anexo para cualquier otro médico, establecimiento, hospital, entidad o persona ubicados en el estado de Nueva York que tengan información médica que sea pertinente a su reclamo. Debe completar una copia separada de este anexo por cada persona y entidad.</p> <p>Para completar este anexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete los recuadros que aparecen en la parte superior de la página • Escriba el nombre y la dirección de la persona o entidad en la Pregunta N.º 7 • En la Pregunta N.º 9(a), coloque sus iniciales en los tres espacios junto a Tratamiento por alcoholismo/drogadicción", "Información sobre salud mental" e "Información relacionada con el VIH". • En la Pregunta N.º 9(b), coloque una inicial en el lugar correspondiente y escriba el nombre de la persona o entidad • Complete la Pregunta N.º 12 y la Pregunta N.º 13 • Firme y feche el formulario 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

N° de SSN o de Documento Nacional de			Identidad del Reclamante						
N° de SSN o de Documento Nacional de			Identidad del Representante Personal						

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - PERSONAS DIFUNTAS

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Anexos A-F (continuación)</p> <p>Anexo C: Certificación del abogado del cumplimiento de la disposición sobre la limitación de honorarios del abogado (si el Causante o el Representante personal está representado por un abogado)</p> <p>Esta sección debe ser completada por todo abogado que esté cobrando por servicios legales prestados en relación con este reclamo. Si un abogado no ha colaborado con este reclamo, no es necesario completar esta sección. [Los abogados que hayan proporcionado asistencia gratuita (pro bono) para este reclamo no deben completar este Anexo]</p> <p>Anexo D: Solicitud del abogado de aprobación para cobrar gastos no rutinarios</p> <p>Esta sección no debe completarse a menos que un abogado que prestó servicios legales en relación con este reclamo procure cobrarle al Causante o Representante personal por gastos no rutinarios. Si el abogado solicita gastos no rutinarios, debe presentarse este Anexo con una declaración que explique los gastos no rutinarios y la razón por la que deben ser aprobados.</p> <p>Anexo E: Aviso de presentación del reclamo</p> <p>Debe completar y enviar una copia de este anexo a todas las personas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La familia directa del Causante (que incluye, por ejemplo, el cónyuge, ex-cónyuge(s), hijos, otros familiares a cargo, hermanos y padres). • El albacea o administrador y los beneficiarios del testamento y las pólizas de seguro de vida del Causante. • Cualquier otra persona que se prevea razonablemente que hará valer un interés en un otorgamiento o tenga una causa o acción para recuperar daños y perjuicios relacionados con el homicidio culposo del Causante. <p>Anexo F: Lista de personas a quienes se notificó acerca de la presentación del reclamo</p> <p>Debe completar este anexo para identificar ante el VCF a todas las personas a quienes les haya enviado una copia del Anexo E</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>		